

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Ciências  
Médicas: Endocrinologia Mestrado e Doutorado

FABIANA SILVA COSTA

Aspectos psicológicos da cirurgia da obesidade:  
transtornos mentais, qualidade de vida e autoestima em pacientes  
candidatos

Porto Alegre  
2014

FABIANA SILVA COSTA

Aspectos psicológicos e cirurgia da obesidade:  
Transtornos mentais, qualidade de vida e autoestima

Tese apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor em  
Ciências Médicas: Endocrinologia, à  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul, Programa de Pós-Graduação em  
Ciências Médicas: Endocrinologia

Orientador:  
Profº Dr. Rogério Friedman

Colaboradores:  
Jaqueline DriemeyerHorvath  
Mariana Dias de Castro  
Natália Kops  
Natasha Malinoski

Porto Alegre  
2014

### CIP - Catalogação na Publicação

Silva Costa, Fabiana

Aspectos psicológicos da cirurgia da obesidade: transtornos mentais, qualidade de vida e autoestima em pacientes candidatos / Fabiana Silva Costa. -- 2014.

61 f.

Orientador: Rogério Friedman.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. transtornos mentais. 2. qualidade de vida. 3. autoestima. 4. cirurgia da obesidade. 5. obesidade. I. Friedman, Rogério, orient. II. Título.

*“O tempo, de vento em vento, desmanchou o penteado arrumadinho de várias certezas que eu tinha, e algumas vezes descabelou completamente a minha alma. Mesmo que isso tenha me assustado muito aqui e ali, no somatório de tudo, foi graça, alívio e abertura. A gente não precisa de certezas estáticas. A gente precisa é aprender a manha de saber se reinventar. De se tornar manhã novíssima depois de cada longa noite escura. De duvidar até acreditar com o coração isento das crenças alheias. A gente precisa é saber criar espaço, não importa o tamanho dos apertos. A gente precisa é de um olhar fresco, que não envelhece, apesar de tudo o que já viu. É de um amor que não enrugam, apesar das memórias todas na pele da alma. A gente precisa é deixar de ser sobrevivente para, finalmente, viver. A gente precisa mesmo é aprender a ser feliz a partir do único lugar onde a felicidade pode começar florir, esparramar seus ramos, compartilhar seus frutos.”*  
(Ana Jácomo)

## AGRADECIMENTOS

Se pudéssemos escrever a nossa história em “caixinhas” ou departamentos, algumas tarefas poderiam ser facilitadas, mas diante da sobreposição dos fatos é o auxílio e amparo dos que nos cercam que possibilita a superação de desafios.

No meu processo de construção do doutorado, pude aprender muitos conteúdos teóricos, e contribuir para a produção de conhecimento científico. Entretanto, o grande aprendizado foi administrar “caixinhas” que se inter-relacionam.

Nessa tarefa, muito tenho a agradecer a Deus por sua presença em minha vida através de pessoas especiais que Ele colocou em meu caminho.

Agradeço ao Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas/Endocrinologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo espaço de aprendizagem. E à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro.

Ao meu querido orientador, Rogério Friedman, que após algum tempo de trabalho, tomo a liberdade de chamar de amigo. Seu conhecimento científico e excelência na prática profissional são notórios, mas quero ressaltar sua grandeza humana. Capacidade de conduzir com sensibilidade e respeito meu processo de aprendizagem. Sinto-me honrada por fazer parte do seu grupo de alunos.

Agradeço imensamente aos meus pais, Nereu e Vera, por darem a mim o seu melhor. São fundamentais em todas as minhas conquistas.

Ao meu irmão amado, Daniel. Agradeço-o por sua parceria incondicional e por ser meu exemplo de garra, inteligência e determinação. Obrigada por fazer parte da minha vida.

Ao meu amor, Marcelo. Agradeço o carinho, o apoio e a tolerância. Tê-lo na minha vida me faz mais forte, mais capaz.

Aos meus amigos, que através de seus olhares generosos me tornam melhor.

A todos os pacientes e profissionais que me auxiliaram nessa construção de conhecimento e identidade profissional. Muito obrigada!

## SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas.....	7
Lista de Tabelas.....	9
Introdução.....	10
<b>Capítulo I: Prevalência de Transtornos Mentais em pacientes em lista de espera para cirurgia da obesidade.....</b>	<b>12</b>
Resumo.....	13
Abstract.....	13
Introdução.....	14
Objetivo.....	16
Método.....	17
Resultado.....	18
Discussão.....	20
Conclusão.....	22
Referências.....	22
<b>Capítulo II: Aspectos bioquímicos, qualidade de vida, autoestima e transtorno mental em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.....</b>	<b>27</b>
Resumo.....	28
Abstract.....	28
Introdução.....	29
Objetivo.....	30
Método.....	30
Resultado.....	32

Discussão.....	38
Conclusão.....	40
Referências.....	40
<b>Capítulo III: Diagnóstico dos transtornos alimentares em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica.....</b>	<b>44</b>
Resumo.....	45
Abstract.....	45
Introdução.....	45
Objetivo.....	46
Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).....	47
Bulimia.....	48
Conclusão.....	50
Referências.....	51
Considerações finais.....	53
Anexos.....	54
ECAP- Escala de compulsão alimentar periódica.....	55
Questionário sobre padrões de alimentação e peso – Revisado (QEWPR).....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACTH – Hormônio Corticotrófico

CA- Circunferência Abdominal

Col. T- Colesterol Total

CQ- Circunferência do quadril

DM- Diabetes Melito

DSM- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais  
(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

ECAP- Escala de Compulsão Alimentar Periódica

HAS- Pressão arterial sistêmica

HCPA- Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HPA – Hipotálamo-pituitária-adrenocortical

IMC- Índice de Massa Corporal

QEWPR- Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso Revisado

SCID- Structured Clinical Interview for DSM Disorder

SF12 -12-Item Short-Form Health Survey

TAG- Transtorno de Ansiedade Generalizada

TBI- Transtorno Bipolar Tipo I

TBII- Transtorno Bipolar Tipo II

TCAP- Transtorno Compulsão Alimentar Periódica

TDM- Transtorno Depressivo Maior

TEPT- Transtorno Estresse Pós-Traumático

TG- Triglicerídeos



TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

## LISTA DE TABELAS

### **Capítulo I: Prevalência de Transtornos Mentais em pacientes em lista de espera para cirurgia da obesidade.**

Tabela 1.....	18
Tabela 2.....	19
Tabela 3.....	20

### **Capítulo II: Aspectos bioquímicos, qualidade de vida, autoestima e transtorno mental em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.**

Tabela 1.....	33
Tabela 2.....	34
Tabela 3.....	34
Tabela 4.....	35
Tabela 5.....	36
Tabela 6.....	36
Tabela 7.....	37
Tabela 8.....	37

## INTRODUÇÃO

Obesidade é uma doença resultante de um desequilíbrio energético corporal, no qual o indivíduo consome mais calorias do que gasta. A causa desse desequilíbrio estaria na interação de fatores genéticos, ambientais e psicológicos.<sup>1</sup>

A medida utilizada comumente para determinar se a obesidade está presente é o Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC é calculado através da fórmula  $\text{Peso} \div (\text{Altura})^2$ . Sendo classificados do seguinte modo:

Abaixo de  $18,49 \text{ Kg/m}^2$  - Baixopeso

Entre  $18,5$  e  $24,99 \text{ Kg/m}^2$  - Peso normal

Entre  $25$  e  $29,99 \text{ Kg/m}^2$  – Excesso de peso

Entre  $30$  e  $34,99 \text{ Kg/m}^2$  - Obesidade grau I

Entre  $35$  e  $39,99 \text{ Kg/m}^2$  - Obesidade grau II

Acima de  $40 \text{ Kg/m}^2$  - Obesidade grau III.

As estatísticas apontam para um número crescente de indivíduos com diagnóstico de obesidade. No mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 500 milhões de adultos são obesos. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, há cerca de 17 milhões de obesos, o que representa 9,6% da população.<sup>2</sup>

A obesidade está associada com aumento de comorbidades físicas, redução da qualidade de vida e mortalidade precoce. Algumas dessas comorbidades são: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer, problemas articulares, apneia do sono, dentre outros.<sup>3</sup>

Também se observa uma relação com o adoecimento psicológico. Não há clareza na relação causal, mas sabe-se que dentre os indivíduos que buscam atendimento de saúde, uma parcela significativa apresenta comorbidades no âmbito psicológico: transtornos mentais, autoestima, dificuldades de relacionamento pessoal, inserção no mercado de trabalho, dentre outros.

Busca-se discutir aspectos relacionados ao adoecimento psicológico do paciente obeso.

O trabalho será apresentado em três capítulos: dois artigos originais e um capítulo (prelo). Seguem a seguinte ordem:

1. Prevalência de Transtornos Mentais em pacientes em lista de espera para cirurgia da obesidade.
2. Aspectos bioquímicos, qualidade de vida, autoestima e transtorno mental em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica.
3. Diagnóstico dos transtornos alimentares em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica

## REFERÊNCIAS

1 Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica e Sociedade de Endocrinologia e Metabologia (ABESO/SBEM). Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso. Posicionamento Oficial da ABESO/ SBEM, 2010. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes2010.pdf>.

2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009): antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao\\_devida/pof/2008\\_2009\\_e\\_ncaa/pof\\_20082009\\_encaa.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_devida/pof/2008_2009_e_ncaa/pof_20082009_encaa.pdf).

3 Organização Mundial de Saúde (OMS). Estatísticas Mundiais de Saúde. World Health Organization, 2012. Disponível em [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf).

## **CAPÍTULO I**

# **PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA CIRURGIA DA OBESIDADE**

## **Prevalência de Transtornos Mentais em amostra de lista de espera para cirurgia da obesidade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)**

### **RESUMO**

Há um crescente número de indivíduos com diagnóstico de obesidade, porém não há clareza de sua associação com transtornos mentais.

Uma amostra de pacientes em lista de espera para a cirurgia da obesidade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi investigada quanto à presença de transtorno mental.

Num desenho transversal, 177 pacientes foram avaliados, com idade média de 44,38 ±11,47 anos, sendo que 80, 2% destes eram do sexo feminino.

Utilizou-se a entrevista SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders) para aferir a presença de transtorno mental. Medidas nutricionais foram também coletas por equipe de nutricionistas treinadas.

As prevalências mais expressivas demonstraram: 46,9% de pacientes com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, 10,4% Transtorno de Humor Bipolar Tipo I e 8,5% Transtorno de Humor Bipolar tipo II, e 27% Transtorno de Estresse Pós-Trauma.

As prevalências destes diagnósticos na população em geral são de magnitude significativamente menor.

Os dados sugerem que, numa amostra ambulatorial, há uma prevalência aumentada de transtorno mental em pacientes que estão inseridos em um processo de avaliação em busca da realização da cirurgia da obesidade.

Palavras-chave: transtornos mentais, obesidade, transtorno de humor, transtorno de estresse pós-trauma

### **ABSTRACT**

The number of individuals diagnosed with obesity has been increasing steadily, but the association of obesity with mental disorders remains unclear.

A sample of patients in a waiting list for bariatric surgery at Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA) was investigated as to the presence of mental disorders.

One-hundred and seventy-seven patients, ages 44.38 ±11.47 (mean ± SD) years, 80% females, were sequentially evaluated in a cross-sectional design.

The Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) was employed to assess the presence of mental disorders. A nutritional evaluation was carried out by trained dietitians.

The most prevalent diagnoses were: Major Depressive Disorder (46.9%), Post-Traumatic Stress Disorder (27.0%), Type I Bipolar Disorder (10.4%), and Type II Bipolar Disorder (8.5%).

The population prevalence of these disorders are usually much lower than these figures.

These data suggest that, in an outpatient sample of severely obese patients undergoing evaluation towards bariatric surgery, a high prevalence of Mental Disorders can be identified.

## INTRODUÇÃO

Cerca de 500 milhões de adultos sofrem de obesidade, segundo estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde. O Brasil também está dentro desse cenário. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, há cerca de 17 milhões de obesos, o que representa 9,6% da população. Sabe-se que muitos são os prejuízos físicos relacionados à obesidade, mas não se tem ainda clareza sobre as associações com fatores psicossociais.<sup>1,2</sup>

Estudo realizado com 4181 indivíduos alemães da população geral (idades entre 18 e 65 anos) não encontrou prejuízo de fatores psicossociais (por exemplo, relações sociais, problemas de saúde mental, sentimentos de tristeza) em obesos. A exceção foi uma maior prevalência de transtornos de ansiedade em homens obesos (12,5 versus 8,5%, OR = 1,53, CI = 1,06-2,21, desaparecendo quando controlado para o número de doenças somáticas). A partir da perspectiva de base populacional desse estudo, a obesidade, por si só não parece estar associada a um risco maior de sofrer perturbações mentais.<sup>3</sup>

Estudo coreano, de base populacional, com 6510 adultos, também não encontrou associação entre obesidade e doença mental.<sup>4</sup>

Entre crianças e adolescentes, a associação com doença mental parece mais clara. Estudo de seguimento realizado no meio rural dos Estados Unidos, com crianças e adolescentes de 9 a 16 anos, que foram avaliadas anualmente por oito anos, constatou que 73% mantiveram-se magros na maior parte das avaliações, 15% foram classificados como obesos na maior parte das avaliações, sendo nomeados cronicamente obesos, 5% foram diagnosticados como obesos enquanto crianças, estando com peso normal na adolescência, e 7% iniciaram o estudo com peso normal, porém foram classificados como obesos na adolescência. Apenas a obesidade crônica esteve associada à doença mental: Transtorno Desafiador Opositivo em meninos e meninas e Transtorno Depressivo em meninos.<sup>5</sup>

Alguns autores, entretanto, defendem a ideia de que a obesidade deve ser incluída no manual de doenças mentais, devido à discrepância entre o sucesso do tratamento das consequências metabólicas e o fracasso dos tratamentos comportamentais para prevenir ou reverter a obesidade, evidenciando não apenas

um distúrbio metabólico, mas também uma desordem cerebral. Há vários mecanismos que contribuem para a vulnerabilidade à obesidade, incluindo fatores genéticos, de desenvolvimento e ambientais, que podem interagir de diversas maneiras, produzindo o fenótipo comportamental de excessos.

Os sinais reguladores de consumo de alimentos são integrados no hipotálamo. Os produtos genéticos que modulam a atividade do hipotálamo (leptina, grelina, insulina) também são expressos em regiões do sistema límbico envolvidas com recompensa, motivação, aprendizagem, emoção e respostas de estresse, que são suscetíveis de modular o consumo de alimentos. O circuito de recompensa alimentar ocorre no cérebro através da palatabilidade (mediada, em parte, por opióides endógenos e canabinóides) e através de peptídeos que modulam a atividade da dopamina (insulina, leptina). A estimulação dopaminérgica facilita o condicionamento para hábitos aprendidos. A exposição repetida a certos alimentos, particularmente aqueles com um maior teor de gordura e açúcar, em indivíduos vulneráveis, pode também resultar no consumo compulsivo de alimentos, menor controle da ingestão de alimentos, e, ao longo do tempo, o ganho de peso.<sup>6</sup>

Apesar do conhecimento fisiopatológico, a maioria das pesquisas populacionais em obesidade não demonstra uma associação direta entre obesidade e psicopatologia. No entanto, em estudos de obesos grau III, de amostra clínica, são descritos sintomas de depressão, ansiedade, baixo controle de impulso, e prejuízo na qualidade de vida e autoestima. Dieta, controle rígido e desinibição caracterizam o modo do comportamento alimentar. A gravidade desses transtornos psicológicos tem sido relacionada com o grau de obesidade.<sup>7,8</sup>

Uma pesquisa realizada no Ambulatório de Obesidade da Escola Paulista de Medicina, com 50 pacientes obesos grau III, encontrou presença de sintomas depressivos em 100% dos pacientes, tendo 84% sintomatologia grave. A frequência de ansiedade, caracterizada como traço de personalidade foi de 70%, e ansiedade situacional 54%.<sup>9</sup>

Em uma amostra de 157 pacientes obesos esperando para realizar a cirurgia identificou-se 0,6% com Bulimia Nervosa (BN), 3,8% com Transtorno Alimentar sem outra especificação (não tinham critérios mínimos de diagnóstico para BN), 13,4% com Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e 14,6% com Compulsão



Alimentar Periódica, sem fechar critérios para TCAP.<sup>10</sup>

Pacientes com TCAP, em comparação com indivíduos obesos sem TCAP, costumam desenvolver a obesidade mais precocemente e apresentam maior número de tentativas de redução de peso através de dietas. Além da baixa autoestima, costumam preocupar-se mais com o peso e a forma física, e os índices de transtornos psiquiátricos são mais elevados nesta população.<sup>11</sup>

O sucesso após a cirurgia bariátrica parece ocorrer mais frequentemente em pacientes que são jovens e do sexo feminino, sem presença de transtorno alimentar e outras psicopatologias, que têm uma elevada autoestima, um casamento satisfatório, status sócio-econômico alto, que são autocríticos, assertivos, não são muito obesos, eram obesos antes da idade de 18 anos, sofrem e estão preocupados com a sua obesidade, e possuem expectativas realistas.<sup>12</sup>

No tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, a cirurgia é um dos elementos envolvidos, mas não é o único. Além da modificação forçada de comportamento, proporcionada pela cirurgia, os fatores psicológicos desempenham um papel importante em seus resultados. Devido à importância dos fatores psicológicos e a possibilidade de intervir neles, há uma necessidade de uma melhor compreensão dos pacientes com obesidade mórbida, especialmente aqueles que são candidatos à cirurgia bariátrica.<sup>7</sup>

## OBJETIVO

Este estudo tem o objetivo de investigar a presença de transtornos mentais em uma amostra dos pacientes que buscam atendimento para a eventual realização da cirurgia bariátrica.

## MÉTODO

### Pacientes:

Realizou-se um estudo transversal com pacientes obesos que buscaram, sequencialmente, atendimento para realização da cirurgia da obesidade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de março de 2010 a dezembro de 2012. Os pacientes elegíveis para estudo seguiram critérios da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica quanto ao seu índice de Massa Corporal: possuíam

obesidade grau II com comorbidades ou obesidade grau III. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e os pacientes assinaram consentimento informado.

#### Cenário:

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é o Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É um centro de alta complexidade e é um dos hospitais de referência para cirurgia bariátrica pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. Os pacientes encaminhados são avaliados em regime ambulatorial por equipe multidisciplinar quanto à indicação de tratamento cirúrgico, condições clínicas e psicológicas para a cirurgia.

#### Logística do estudo:

Os pacientes foram submetidos a uma avaliação nutricional e, num intervalo não superior a 30 dias, a uma avaliação psicológica.

#### Avaliação nutricional:

A avaliação nutricional foi realizada por equipe de nutricionistas treinadas, através de medidas antropométricas e avaliação do consumo alimentar. As medidas antropométricas utilizadas compreenderam: peso, estatura, circunferência do braço (CB), circunferência abdominal (CA) e circunferência do quadril (CQ). O peso (kg) foi aferido em balança antropométrica digital (Filizolla, Brasil), com sensibilidade de 0,1 kg, com roupas leves e sem calçados. A estatura (m) foi medida em estadiômetro de parede (Sanny, Brasil), com o paciente descalço, em ortostatismo e a cabeça na posição de Frankfurt. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado dividindo-se o peso pelo quadrado da estatura. A CB (cm) foi medida no ponto médio entre o acrômio e o olécrano, na face posterior do braço não dominante relaxado. A CA (cm) foi medida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. A CQ (cm) no local de maior proeminência da região glútea. A Razão Cintura-Quadril (RCQ) foi então calculada. As circunferências foram medidas com fita métrica inelástica, de fibra de vidro (Wiso, Brasil). Todas as aferições seguiram as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde.<sup>13</sup>

### Avaliação psicológica:

A avaliação psicológica consistiu em uma entrevista estruturada utilizando o SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders), realizada por psicóloga treinada. A avaliação socioeconômica foi feita através do Critério de Classificação Econômica Brasil.<sup>14,15,16</sup>

Os resultados são expressos como média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil ou frequências. Para as análises estatísticas, foi adotado o nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

As características sócio demográficas da amostra estão na Tabela 1.

Foram avaliados 177 pacientes, com idade de  $44,38 \pm 11,47$  (média  $\pm$  desvio-padrão) anos, sendo que 80,2% destes eram do sexo feminino.

A raça predominantemente declarada foi a branca (68,9%), e a maior parte dos pacientes situava-se entre as classes B2 (41,5%) e C1 (33,0%) da classificação socioeconômica adotada.

Quanto ao grau de escolaridade, 38,2% possuíam ensino fundamental incompleto, 21,4% ensino médio completo, sendo de  $8,65 \pm 4,087$  o total de anos de estudo.

Noventa pacientes (50,9%) declararam não trabalhar. Dos que trabalhavam, não se observou uma profissão predominante.

Tabela 1: Características da amostra

	Frequência	
	Número	Porcentagem
<b>Sexo-Gênero</b>		
Feminino	142	80,2
Masculino	35	19,8
<b>Cor autodeclarada</b>		
Branca	122	68,9
Preta	26	14,7

Mulato	17	9,6
Índio	5	2,8
Outros	7	4,0
<b>Classificação econômica</b>		
A2	1	0,6
B1	13	7,4
B2	73	41,5
C1	58	33,0
C2	22	12,5
D	9	5,1
<b>Grau de Instrução</b>		
Analfabeto	3	1,7
Ens.Fund.Incompleto	66	38,2
Ens.Fund.Completo	19	11,0
Ens.Med.Incompleto	17	9,8
Ens.Med.Completo	37	21,4
Grad. Incompleta	13	7,5
Graduação Completa	6	3,5
Pós Graduação	1	,6
Curso Técnico	11	6,4

Na tabela dois, apresentamos os dados antropométricos dos pacientes.

Tabela 2:

	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Peso (Kg)	126,14	27,430
Altura(m)	1,60	0,226
IMC(Kg/m <sup>2</sup> )	48,10	7,378
Circunferência Abdominal(cm)	134,88	15,13962

A prevalência dos transtornos mentais, diagnosticada através do SCID, é apresentada na Tabela 3, sendo que o mesmo paciente pode estar pontuando em mais de um diagnóstico. Cento e trinta e seis pacientes (78%) apresentaram pelo menos um diagnóstico.

Tabela 3:

	<b>Presença de Transtorno Mental Atual</b>	<b>Presença de Transtorno Mental ao Longo da Vida</b>
Transtorno Depressivo Maior	83(46,9%)	
Transtorno Bipolar I	17(10,4%)	
Transtorno Bipolar II	15(8,5%)	
Episódio depressivo	55 (30,9%)	110 (61,8%)
Episódio maníaco	7 (3,9%)	17 (9,6%)
Episódio hipomaniaco	13 (8%)	14 (7,9%)
Álcool/Abuso	9(5,5%)	7(4,3%)
Álcool/Dependência	7 (4,3%)	12 (7,4%)
Transtorno do Pânico s/Agorafobia	1 (0,6%)	22 (13,5%)
Transtorno Obsessivo Compulsivo	20 (12,3%)	48 (29,4%)
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	44 (27%)	7 (4,3%)
Agorafobia	6 (3,7%)	27 (16,6%)
Transtorno de Ansiedade Social	1 (0,6%)	22 (12,4%)
Transtorno de Ansiedade Específica	19 (10,79%)	33 (18,5%)
Transtorno de Ansiedade Generalizada	31 (17,4%)	31 (17,4%)
Anorexia Nervosa	0	1 (0,6%)
Bulimia Nervosa	18 (10,1%)	18 (10,1%)

## DISCUSSÃO

A prevalência de transtornos mentais nesta amostra de pacientes ambulatoriais se mostrou maior do que a frequência observada na população brasileira em geral. Foi identificada uma frequência de 46,9% de pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM), 10,4% Transtorno de Humor Bipolar Tipo I (TBI), 8,5% Transtorno de Humor Bipolar tipo II (TBII), e 27% Transtorno de Estresse Pós-Trauma (TEPT). Estas frequências são maiores que as apresentadas na população brasileira geral: 17,6%, 5,3%, 1,5%, 3,2%, respectivamente.<sup>17</sup>

Um dos fatores que pode estar associado a maior sofrimento é uma carga adicional, devido a estereótipos sociais negativos; são vistos como preguiçosos, desmotivados, com falta de autodisciplina, menos competentes, desleixados etc. A exclusão social também pode ser um fator que explica a baixa frequência de trabalhadores ativos na amostra.<sup>18,19</sup>

Acredita-se que a ansiedade e a depressão sejam processos inter-relacionados. Vivências estressoras estão implicadas na etiologia tanto da ansiedade quanto da depressão. Há correlações fisiológicas entre o funcionamento da depressão e da ansiedade e estresse, produzindo efeito similar no cérebro.<sup>20</sup>

Por sua vez, o estado emocional interage com o comportamento alimentar, buscando regulação e equilíbrio dos sistemas. Mas não se tem clareza por que algumas pessoas, diante de emoções intensas, restringem sua ingestão alimentar, enquanto outras aumentam, ingerindo especialmente alimentos doces e ricos em calorias.<sup>21,22,23</sup>

Vivenciar uma situação que gere estresse pós-trauma parece afetar o peso corporal. O transtorno de estresse pós-trauma (TEPT) está associado com alterações no eixo hipotálamo-pituitária-adrenocortical (HPA). O neurohormônio CRH (hormônio liberador de corticotrofina) está envolvido na regulação da supressão do apetite, com o hormônio corticotrófico (ACTH) e com o cortisol. A desregulação do eixo HPA tem sido associada à obesidade. A secreção do cortisol estaria implicada na relação estresse e peso corporal, levando ao aumento ou redução de apetite. Os pacientes com TEPT possuem baixa circulação de cortisol, e podem ter aumento da sensação de fome.<sup>24,25,26,27,28</sup>

TEPT é uma das classificações do espectro de ansiedade apresentadas nas classificações diagnósticas (DSM), na qual o indivíduo, após ocorrência de uma situação traumática, passa a vivenciar uma série de sintomas de ansiedade, causando grande sofrimento e prejuízo psicossocial.

A prevalência, na população geral, desse transtorno está em torno de 7,8% em algum período da vida, sendo duas vezes mais comum em mulheres. Estudo realizado em Massachusetts, nos Estados Unidos, com 20.013 participantes, encontrou, entre os obesos, 24,1% sem presença de TEPT ao longo da vida, e 32,6% com diagnóstico de TEPT no último ano. Após análise controlando fatores sócio demográficos, depressão, uso de substâncias psicoativas e álcool, e medicação psiquiátrica, o último ano de presença de TEPT esteve associado com a presença de obesidade (OR = 1.51; 95% e CI = 1.18, 1.95), sem haver diferença de sexo. A hipótese de que haveria interferência de Transtorno da Compulsão

Alimentar nessa relação de TEPT e obesidade não foi confirmada. Sendo assim, TEPT está independentemente associado ao desfecho de obesidade.<sup>29,30</sup>

Estudo populacional, realizado na Nova Zelândia, com cerca de 13 mil pessoas, também encontrou associação entre TEPT e obesidade.<sup>31</sup>

Estudo dinamarquês identificou associação entre trauma na infância e alterações de peso, sendo que o abuso emocional esteve associado com baixo peso e abuso sexual com sobrepeso e obesidade.<sup>32</sup>

Na ocorrência da associação entre Transtorno Mental e obesidade, há a necessidade de intervenção comportamental complementar aos manejos médicos e nutricionais. A Terapia Cognitivo-Comportamental tem sido uma ferramenta amplamente estudada, demonstrando significativa eficácia tanto na melhora dos sintomas emocionais, quanto no comportamento alimentar.<sup>33,34</sup>

## CONCLUSÃO

Na amostra de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica do HCPA, encontrou-se prevalência aumentada de alguns transtornos mentais em relação à prevalência encontrada na população geral. A razão dessa associação ainda não está suficientemente clara. Hipotetiza-se que a ocorrência de um estressor emocional pode estar funcionando como desencadeador de condição favorável para o desenvolvimento da obesidade, a partir de um arcabouço de predisposição genética.

Os pacientes obesos mais graves merecem, portanto, um olhar atento para identificar-se e diagnosticar corretamente os transtornos mentais subjacentes.

## REFERÊNCIAS

1Organização Mundial de Saúde (OMS). Estatísticas Mundiais de Saúde. World Health Organization, 2012. Disponível em [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf).

2Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009): antropometria e estado nutricional de crianças,

adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_e\\_ncaa/pof\\_20082009\\_encaa.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_e_ncaa/pof_20082009_encaa.pdf).

3 Hach I, Ruhl UE, Klose M, Klotsche J, Kirch W, Jacobi F. Obesity and the risk for mental disorders in a representative German adult sample. *Eur J Public Health*. 17(3): 297-305, 2007.

4 Sunwoo YK, Bae JN, Hahm BJ, Lee DW, Park JI, Cho SJ, Lee JY, Kim JY, Chang SM, Jeon HJ, Cho MJ. Relationships of mental disorders and weight status in the Korean adult population. *J Korean Med Sci*. 26(1):108-15, 2011.

5 Mustillo S, Worthman C, Erkanli A, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics*. 111(4): 851-859, 2003.

6 Volkow ND, O'Brien CP. Should obesity be included as a brain disorder? *American Journal of Psychiatry*. 164 (5): 708-710, 2007.

7 Van Hout GC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg*. 14(5):579-88, 2004.

8 Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A, Fernández-Santaella MC. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 20(2):161-7, 2010.

9 Matos, MI, Zanella, MT. Alterações do comportamento alimentar, ansiedade, depressão e imagem corporal em pacientes com obesidade grau III. *Abeso*. Ano III, 2002.

10 Dahl JK, Eriksen L, Vedul-Kjelsås E, Strømmen M, Kulseng B, Mårvik R, Holen A. Prevalence of all relevant eating disorders in patients waiting for bariatric surgery: a comparison between patients with and without eating disorders. *Eat Weight Disord*. 15(4):e247-55, 2010

11 Dobrow IJ, Kamenetz C, Devlin MJ. Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (3): 393-398, 2002

12 Van Hout GC, Verschure SK, van Heck GL. Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg*. 15(4):552-60, 2005.



13 Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília; Disponível em: 31 [http://nutricao.saude.gov.br/documentos/orientacoes\\_basicas\\_sisvan.pdf](http://nutricao.saude.gov.br/documentos/orientacoes_basicas_sisvan.pdf). Acesso em Abril 2012.

14 Steinberg M: Interviewers Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Washington, DC. American Psychiatric Press. 1994.

15 Tavares, M. Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV: transtornos do eixo I – edição para pacientes (SCID-I/P 2.0). Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2001.

16 ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2012. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010. IBOPE, 2012. Disponível em:[www.abep.org](http://www.abep.org).

17 Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família..Caderno de Saúde Pública. 24 (9): 2043-2053, 2008.

18 Puhl RM ,Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. Obesity. 17: 941–964, 2009.

19 Stenzel LM. O peso da exclusão. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003.

20 Magalhaes AC, Holmes KD,Dale LB,Comps-Agrar L, Lee D,Yadav PN,Drysdale L,Poulter MO,Roth BL,Pin JP,Anisman H, Ferguson SG. CRF receptor 1 regulates anxiety behavior via sensitization of 5-HT2 receptor signaling.Nature Neuroscience.13, p.622–629, 2010.

21Gibson EL. Emotional influences on food choice: sensory, physiological and psychological pathways. Physiology and Behavior. 89(1): 53-61, 2006.

22Michael Macht. How emotions affect eating: A five-way model. Appetite. 50:1–11, 2008.

23Olliver G, Wardle J, Gibson EL. Stress and food choice: a laboratory study. Psychosomatic Medicine. 62: 853-865, 2000.

- 24 Mastorakos G, Zapanti E. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the neuroendocrine regulation of food intake and obesity: the role of corticotropin releasing hormone. *NutrNeurosci*.7:271–280, 2004.
- 25 Vicennati V, Pasqui F, Cavazza C, Pagotto U, Pasquali R. Stress-related development of obesity and cortisol in women. *Obesity*.17:1678–1683, 2009.
- 26 George SA, Khan S, Briggs H, Abelson JL. CRH-stimulated cortisol release and food intake in healthy, non-obese adults. *Psychoneuroendocrinology*.35:607–612, 2010.
- 27 Appelhans BM, Pagoto SL, Peters EN, Spring BJ. HPA axis response to stress predicts short-term snack intake in obese women. *Appetite*.54:217–220, 2010.
- 28 Pervanidou P, Chrousos GP. Neuroendocrinology of post-traumatic stress disorder. *Prog Brain Res*.182:149–160, 2010.
- 29 Câmara Filho JWS, Sougey EB. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Rev Bras Psiquiatr*. 23(4):221-8, 2001.
- 30 Pagoto SL, Schneider KL, Bodenlos JS, Appelhans BM, Whited MC, Ma Y, Lemon SC. Association of post-traumatic stress disorder and obesity in a nationally representative sample. *Obesity*. 20(1):200-5, 2012..
- 31 Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Browne MA. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res*. 64(1):97-105, 2008.
- 32 Roenholt S, Beck NN, Karsberg SH, Elklit A. Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index. *Eur J Psychotraumatol*. 3: 17188, 2012.
- 33 Gade H, Hjelmæsæth J, Rosenvinge JH, Friberg O. Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy for Dysfunctional Eating among Patients Admitted for Bariatric Surgery: A Randomized Controlled Trial. *J Obes*. 7(2):111-119, 2014.
- 34 Abilés V, Abilés J, Rodríguez-Ruiz S, Luna V, Martín F, Gándara N, Fernández-Santaella MC. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on weight loss after two

years of bariatric surgery in morbidly obese patients].Nutr Hosp. 28(4):1109-14, 2013.

## **CAPÍTULO II**

**ASPECTOS BIOQUÍMICOS, QUALIDADE DE VIDA,  
AUTOESTIMA E TRANSTORNO MENTAL EM PACIENTES  
CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

## **Aspectos bioquímicos, qualidade de vida, autoestima e transtorno mental em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica**

### **RESUMO**

Um grande número de indivíduos é afetado pela obesidade. No Brasil, cerca de metade da população adulta possui peso aumentado.

As causas da obesidade são complexas e múltiplas, e envolvem associações de fatores genéticos e ambientais. Associa-se obesidade a uma série de comorbidades físicas e, por vezes, comprometimento emocional e social, podendo prejudicar a qualidade de vida e a autoestima desses pacientes.

Através de um estudo transversal com pacientes obesos que buscaram atendimento para realização da cirurgia da obesidade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) avaliou-se medidas bioquímicas, qualidade de vida, autoestima e transtornos mentais, e suas potenciais associações.

A avaliação nutricional foi realizada por equipe de nutricionistas treinadas, através de medidas antropométricas e avaliação do consumo alimentar.

A avaliação metabólica foi realizada através de dosagens sanguínea, e a confirmação das comorbidades associadas foi realizada através da história clínica, medicações em uso e dados de prontuário.

A avaliação psicológica consistia em: entrevista estruturada utilizando o SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders) e aplicação dos questionários: SF12 (12-Item Short-Form Health Survey) para qualidade de vida, Escala de Autoestima Rosenberg para autoestima, ECAP (Escala De Compulsão Alimentar Periódica) e QEWP-R (Questionário Sobre Padrões De Alimentação E Peso – Revisado) para transtornos alimentares.

Os resultados demonstram que não há diferença significativa, na maior parte dos fatores bioquímicos, quando comparamos os pacientes de acordo com a presença de transtorno mental. Ao compararmos, porém, a percepção da qualidade de vida na dimensão física, os pacientes com Transtorno Mental percebem-se com pior qualidade de vida. A presença de Transtorno Mental também se relaciona com pior autoestima. Seriam então pacientes semelhantes quanto ao seu adoecimento físico, porém distintos quanto ao seu sofrimento mental.

**Palavras-chave:** aspectos bioquímicos, qualidade de vida, autoestima, transtorno mental, obesidade

### **ABSTRACT**

A great number of individuals is affected by obesity. In Brazil, roughly half of the adult population is either overweight or obese.

The causes of obesity are multiple and complex, and include associations of genetic and environmental factors. Obesity is associated with a series of physical comorbidities, and, often, emotional and social consequences.

In a cross-sectional study of a sample of outpatients being evaluated for bariatric surgery at Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), biochemical parameters, quality of life, self-esteem, mental disorders, and their potential associations were evaluated.

A nutritional evaluation was carried out by experienced dietitians, and included anthropometric parameters and an evaluation of food intake.

The metabolic assessment included blood lipids, glucose and glycated hemoglobin. The presence of co-morbidities was assessed through a thorough medical history, including medications, and patient records.

The psychological evaluation consisted in a structured interview using the Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID), the 12-Item Short-Form Health Survey Questionnaire (SF12), the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Binge Eating Scale (BES), and the Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Revised (QEWP-R).

The results showed no significant differences in laboratory parameters in subjects with vs without mental disorders. The perception of Quality of Life (Physical Dimension) was worse in patients with Mental Disorders. In these patients, self-esteem was also perceived as worse.

Morbidly obese patients with Mental Disorders are not different from those without Mental Disorders as far as their physical disease is concerned. Nevertheless, they are quite different in relation to their mental suffering.

## INTRODUÇÃO

Um grande número de indivíduos é afetado pela obesidade. Estatísticas apontam para um crescimento progressivo destes números. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas no mundo possuam índice de massa corporal (IMC) acima de 30 Kg/m<sup>2</sup>. No Brasil, cerca de metade da população adulta possui peso aumentado, sendo obesos 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres.<sup>1,2</sup>

As causas da obesidade são complexas e múltiplas. Claramente envolvem associações de fatores genéticos e ambientais. Estar obeso se associa a uma série de comorbidades físicas e, por vezes, comprometimento emocional e social, podendo prejudicar a qualidade de vida e a autoestima desses pacientes.

Qualidade de vida é um conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Pressupõe não somente a ausência de doença, mas um bem-estar geral do indivíduo, considerando aspectos sociais, emocionais e físico. Autoestima é a interação da percepção, comportamentos e sentimentos sobre si mesmo, influenciado por um esquema de valores e vivências ambientais.<sup>3,4,5</sup>

Prejuízos na qualidade de vida e autoestima podem estar relacionados à obesidade, sendo piores quanto maior o IMC e maior o número de comorbidades

físicas e emocionais. Esses prejuízos podem atingir, por exemplo, a sociabilidade (tanto por dificuldades de locomoção quanto por situações de constrangimento e vergonha), grandes gastos com medicamentos (em decorrência de suas comorbidades), inadequações no comportamento alimentar, etc.<sup>6</sup>

Um estudo brasileiro realizado com 82 participantes com obesidade mórbida identificou uma correlação negativa entre IMC e qualidade de vida.<sup>7</sup>

Na Inglaterra, 263 obesos que buscaram atendimento médico especializado para perder peso apresentaram baixos índices de qualidade de vida, associados à presença de sintomas depressivos e ansiosos.<sup>8</sup>

Transtornos mentais e autoestima podem ser os elementos que expliquem a heterogeneidade de gravidade da obesidade e a extrema variabilidade de respostas aos tratamentos propostos. Avaliar as eventuais relações de aspectos bioquímicos, qualidade de vida e autoestima em pacientes obesos com e sem transtorno mental pode contribuir para um melhor entendimento desta condição.

## OBJETIVO

Este estudo teve o objetivo de avaliar medidas bioquímicas, qualidade de vida, autoestima e transtornos mentais em uma amostra de pacientes que buscou atendimento para a eventual realização da cirurgia bariátrica, e suas potenciais associações.

## MÉTODO

Realizou-se um estudo transversal com pacientes obesos que buscaram atendimento para realização da cirurgia da obesidade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de março de 2010 a dezembro de 2012.

Os pacientes elegíveis foram aqueles com o critério mínimo de indicação de cirurgia bariátrica, conforme a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica: obesidade grau II (IMC  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup>), com comorbidades, ou obesidade grau III (IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>). Estes eram convidados a participar do estudo e submetidos a avaliação nutricional e psicológica. Os critérios de exclusão foram: doença mental grave,

doença física incapacitante, incapacidade de compreender os objetivos do estudo. Os pacientes selecionados concederam consentimento informado por escrito.

Os pacientes foram convidados a comparecer ao ambulatório do Serviço de Endocrinologia do HCPA para quatro visitas: uma visita inicial de contato, explanação do estudo, assinatura do termo de consentimento, avaliação antropométrica e coleta de sangue para exames; duas visitas para entrevista com a psicóloga (FSC); uma visita para completar a avaliação nutricional. As visitas foram realizadas com intervalo máximo de duas semanas entre cada uma.

A avaliação nutricional foi realizada por equipe de nutricionistas treinadas, através de medidas antropométricas e avaliação do consumo alimentar. As medidas antropométricas utilizadas compreenderam: peso, estatura, circunferência do braço (CB), circunferência abdominal (CA) e circunferência do quadril (CQ). O peso (kg) foi aferido em balança antropométrica digital (Filizolla, Brasil), com sensibilidade de 0,1 kg, com roupas leves e sem calçados. A estatura (m) foi medida em estadiômetro de parede (Sanny, Brasil), com o paciente descalço, em ortostatismo e a cabeça na posição de Frankfurt. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado dividindo-se o peso pelo quadrado da estatura. A CB (cm) foi medida no ponto médio entre o acrômio e o olécrano, na face posterior do braço não dominante relaxado. A CA (cm) foi medida no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. A CQ (cm) no local de maior proeminência da região glútea.

A Razão Cintura-Quadril (RCQ) foi então calculada. As circunferências foram medidas com fita métrica inelástica, de fibra de vidro (Wiso, Brasil). Todas as aferições seguiram as recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde.<sup>9</sup>

Os pacientes tiveram sua pressão arterial aferida conforme recomendações do Departamento de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi diagnosticada se: pressão arterial sistólica  $\geq$  140 mmHg e/ou diastólica  $\geq$  90mmHg ou uso atual de medicações para o tratamento de HAS.<sup>10</sup>

A avaliação metabólica consistiu em dosagens de triglicerídeos (TG), colesterol total (Col. T) (ambos por método enzimático colorimétrico, Hitachi 917,



Roche, Brasil); colesterol HDL (HDLc) (método enzimático colorimétrico homogêneo, Hitachi 917, Roche, Brasil); o colesterol LDL (LDLc) foi estimado através da fórmula de Friedewald<sup>11</sup>; a glicose sérica foi medida por método enzimático colorimétrico oxidase (Hitachi 917, Roche, Brasil). Todos os exames foram realizados no Serviço de Patologia Clínica do HCPA. A confirmação das comorbidades associadas era realizada através da história clínica, medicações em uso e dados de prontuário. Dislipidemia foi diagnosticada quando: Col.T  $\geq$  200mg/dL ou HDL  $\leq$  35 mg/dL ou LDL  $\geq$  130 mg/dL ou TG  $\geq$  200 mg/dL ou uso de medicação para o tratamento de dislipidemia. O diagnóstico de diabetes melito seguiu as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes: hemoglobina glicada (A1C)  $\geq$  6,5% ou glicemia de jejum  $\geq$  126 mg/dL ou glicemia de duas horas no teste oral de tolerância à glicose  $\geq$  200mg/dL, ou diagnóstico prévio e uso atual de medicações para o tratamento do diabetes. O diagnóstico de pré-diabetes glicemia de jejum entre 100-125 mg/dL ou glicemia pós-prandial de 2 horas entre 140 e 199 mg/dL, no teste oral de sobrecarga à glicose.<sup>12,13</sup>

A avaliação psicológica consistia em: entrevista estruturada utilizando o SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders), realizada por psicóloga treinada; aplicação dos questionários: SF12 (12-Item Short-Form Health Survey) para qualidade de vida, Escala de Auto-estima Rosenberg para auto-estima (nesta escala, quanto maior o escore, pior o indivíduo se avalia), ECAP (Escala De Compulsão Alimentar Periódica e QEWP-R (Questionário Sobre Padrões De Alimentação E Peso – Revisado) para transtornos alimentares.<sup>14,15,16,17,18,19,20</sup>

A avaliação socioeconômica foi feita através do Critério de Classificação Econômica Brasil.<sup>21</sup>

Os resultados são expressos como média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil ou frequências. Para as análises estatísticas, foi adotado o nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Foram avaliados 124 pacientes, com idade média de 45,07  $\pm$  11,53 anos, sendo que 79,84% destes eram do sexo feminino.

A raça predominantemente declarada foi a branca (70,16%), e a maior parte dos pacientes situava-se entre as classes B2 (38,71%) e C1 (35,48%) de classificação econômica.

Quanto ao grau de escolaridade, 35,48% possuíam ensino fundamental incompleto, 20,16% ensino médio completo, sendo que a média de anos de estudos foi de  $8,69 \pm 4,24$ .

Noventa pacientes (50,9%) declararam não trabalhar. Dos que trabalhavam não se observou uma profissão predominante.

As características sócio demográficas da amostra são demonstradas na Tabela 1.

Tabela 1: Características da amostra

	<b>Frequência</b>	
	Número	Porcentagem
<b>Sexo-Gênero</b>		
Feminino	99	79,84
Masculino	25	20,16
<b>Cor autodeclarada</b>		
Branca	87	70,16
Preta	14	11,29
Mulato	12	9,68
Índio	4	3,23
Outros	7	5,64
<b>Classificação econômica</b>		
A2	1	0,81
B1	10	8,06
B2	48	38,71
C1	44	35,48
C2	15	12,09
D	6	4,84
<b>Grau de Instrução</b>		
Analfabeto	3	2,42
Ens.Fund.Incompleto	44	35,48
Ens.Fund.Completo	14	11,29
Ens.Med.Incompleto	15	12,09
Ens.Med.Completo	25	20,16
Superior Incompleto	10	8,06
Superior Completo	4	3,23
Curso Técnico	9	7,26

Na tabela dois, apresentamos os dados antropométricos dos pacientes: peso, altura, IMC, medida da circunferência abdominal e do quadril.

Tabela 2: Valores antropométricos

	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Peso (kg)	127,37	25,273
Altura (m)	1,62	0,087
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	48,27	7,839
Circunferência Abdominal (cm)	135,17	16,23
Circunferência do Quadril (cm)	138,50	15,540

Os resultados das análises bioquímicas são apresentados na tabela 3.

Tabela 3: Valores bioquímicos

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Colesterol Total (mg/dl)	124	188,65	35,062
Colesterol HDL (mg/dl)	124	41,10	9,273
Colesterol LDL (mg/dl)	124	113,02	30,106
Triglicérides (mg/dl)	124	172,43	95,827
Glicose Jejum (mg/dl)	124	124,56	42,077

A prevalência de transtornos mentais está detalhada na tabela 4. Dos 124 pacientes, 100 (80,6%) apresentaram ao menos um transtorno mental.

Tabela 4: Prevalência de transtornos mentais

	<b>Presença de Transtorno Mental Atual</b>	<b>Presença de Transtorno Mental ao Longo da Vida</b>
Transtorno Depressivo	66(53,2%)	
Maior	10(8,1%)	
Transtorno Humor Bipolar I	11(8,9%)	
Transtorno Humor Bipolar II		
Episódio depressivo	39 (31,5%)	84 67,7%
Episódio maníaco	2 (1,6%)	9 (7,3%)
Episódio hipomaníaco	10 (8,1%)	10 (8,1%)
Álcool/Abuso	9(7,3%)	3(2,4%)
Álcool/Dependência	3 (2,4%)	10 (8,1%)
Dependência Química	2 (1,6%)	9(7,3%)
T.Pânico c/Agorafobia	7 (5,6%)	1 (0,8%)
T.Pânico s/Agorafobia	0	15 (12,1%)
T.ObsessivoCompulsivo	14 (11,03%)	38 (30,6%)
T.EstressePós-Traumático	34 (29,03%)	5 (4%)
Agorafobia	4 (3,7%)	24 (19,4%)
Fobia social	20 (16,1%)	16 (12,9%)
Fobia específica	13 (10,5%)	25 (20,2%)
T.AnsiedadeGeneralizada	23 (18,5%)	23 (18,5%)
Anorexia	0	15 (12,1%)
Bulimia	16 (12,9%)	16 (12,9%)
T.CompulsãoAlimentar Periódica/ QEWP-R	10 (8,1%)	
T.CompulsãoAlimentar Periódica /ECAP	58 (46,7%)	
Moderado	29(50%)	
Grave	29(50%)	

Comparou-se o grupo de pacientes com e sem transtorno mental utilizando as variáveis bioquímicas (Tabela 5) e a partir do diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM) e dislipidemia (Tabela 6)

Tabela 5: Comparação das variáveis bioquímicas em estudo conforme a presença ou ausência de Transtorno Mental.

	<b>Presença de Transtorno Mental (N=100)</b>	<b>Ausência de Transtorno Mental (N=24)</b>	
LDL	113[35; 182]	111,30[42; 211]	0,672
HDL	39 [24; 76]	39 [28; 84]	0,718
Col Total	189,50[100; 272]	118 [92, 272]	0,822
Triglicerídeos	147,5 [56; 742]	136,5 [56; 340]	0,440
Glicose	114 [81; 332]	99 [78; 193]	0,004*

teste de Mann-Whitney

Observou-se valores glicêmicos significativamente maiores entre os pacientes com transtorno mental.

Tabela 6: Frequência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM) e dislipidemia nos grupos com e sem transtorno mental.

	<b>Presença de Transtorno Mental(N=100)</b>	<b>Ausência de Transtorno Mental(N=24)</b>	
HAS	68%	79%	0,283
DM	80%	20%	0,079
Pré DM	81,6%	18,4%	0,822
Dislipidemia	79,8%	20,2%	0,635

teste Qui-Quadrado

Embora não significativa, a prevalência de DM tendeu a ser maior nos pacientes com transtorno mental.

Na tabela 7 apresenta-se a comparação dos grupos com e sem transtorno mental de acordo com a sua auto percepção de qualidade de vida.

Tabela 7: Qualidade de vida: presença de transtorno mental x ausência de transtorno mental

	<b>Presença de Transtorno Mental(N=100)</b>	<b>Ausência de Transtorno Mental(N=24)</b>	
SF12 Global	31 [9;39]	31,5 [12;37]	0,822
SF12 Físico	11 [8;15]	13 [9;16]	0,000*
SF12 Mental	20 [0;29]	19 [17;21]	0,157

teste de Mann-Whitney

Somente na esfera de bem-estar físico houve uma diferença significativa, com os pacientes sem transtorno mental apresentando um escore mais favorável.

Foram realizados ainda testes de comparação entre os grupos com presença e ausência de transtorno mental quanto ao uso de medicações, incluindo: estatinas, fibratos, diuréticos, beta bloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor da angiotensina, antagonistas do cálcio, ácido acetil-salicílico, metformina, sulfonilureias, insulinas e inibidores da dipeptidil peptidase IV. Não houve diferença estatística.

Em 85 pacientes, foi realizada a aplicação do questionário Rosenberg, para avaliação da Autoestima (Tabela 8).

Tabela 8: Comparação da variável autoestima considerando presença ou ausência de Transtorno Mental.

	<b>Presença de Transtorno Mental(N=100)</b>	<b>Ausência de Transtorno Mental(N=24)</b>	<b>p</b>
Autoestima	13 [11;16]	11 [6,25;12]	0,000*

teste de Mann-Whitney

Em relação à qualidade da dieta alimentar, aferida pelo consumo de proteínas, lipídios (saturados, monoinsaturados, polinsaturados e trans), carboidratos e fibras, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Não houve diferenças quanto à qualidade de vida e à autoestima se compararmos os pacientes ativos e sedentários. (dados não exibidos).

## DISCUSSÃO

No adequado tratamento dos pacientes é preciso considerar não apenas as alterações bioquímicas apresentadas, mas toda a história e demanda do paciente.

Os dados dessa pesquisa demonstram que não há diferença significativa, na maior parte dos fatores bioquímicos, quando compara-se os pacientes de acordo com a presença de transtorno mental.

A diferença estatística ocorre na variável glicemia. Porém, analisando detalhadamente os dados, vê-se que essa diferença se dá em decorrência dos dados de cinco pacientes, que possuem valores de glicemia marcadamente elevados, e integram a categoria Presença de Transtorno Mental. Destes, quatro pacientes possuem diagnóstico de Transtorno de Humor, sendo três Transtorno Depressivo Maior e um Transtorno do Humor Bipolar, tipo II. O quinto paciente tem diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo e Fobia Social. Neste cenário, não se pode descartar que o transtorno mental comprometa a aderência ao tratamento do Diabetes Mellito, resultando em glicemias maiores.

Quando analisamos as variáveis quanto aos diagnósticos de DM, HAS e dislipidemia, também não há diferenças entre os grupos com e sem transtorno mental, embora se observa uma tendência limítrofe quanto à diabetes. É possível que uma amostra maior evidenciasse uma diferença estatística. Parece haver maior chance de haver associação entre diabetes e qualquer transtorno mental.<sup>22</sup>

Quando se compara, a percepção da qualidade de vida na dimensão física, os pacientes com Transtorno Mental percebem-se com pior qualidade de vida. No subgrupo avaliado quanto à autoestima, a Presença de Transtorno Mental relaciona-

se com pior autoestima. Seriam então pacientes semelhantes quanto ao seu adoecimento físico, porém distintos quanto ao seu sofrimento mental.

O autoconceito e autoestima prejudicados são construídos desde muito precocemente por esses pacientes. Estudo realizado com 100 crianças portuguesas, de 8 a 12 anos, obesas e não obesas, demonstrou que crianças obesas apresentavam avaliações mais negativas sobre si.<sup>23</sup>

Um estudo clássico apresentado por Lerner e Schroeder, no qual crianças foram apresentadas a imagens de indivíduos obesos e indivíduos com defeitos físicos, na face ou outras partes do corpo, a imagem mais rejeitada foi do indivíduo obeso. A imagem da obesidade esteve associada a sentimentos de culpa, fraqueza, preguiça.<sup>24</sup>

Alguns estudos têm se dedicado a esclarecer as causas de insucesso entre os 15 a 20% de pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica e perdem menos de 50% do seu excesso de peso. Os resultados ainda são inconclusivos, mas chamam a atenção para algumas associações, dentre elas transtorno mental e autoestima baixa, assim como no nosso estudo.<sup>25</sup>

A presença de transtorno mental aponta para uma menor flexibilidade cognitiva, e, portanto, menor capacidade para aderir às mudanças necessárias no âmbito comportamental e também menor capacidade de reconhecimento aos ganhos conquistados. Além disso, ter transtorno mental por si só acarreta um sofrimento a esse paciente, podendo atribuir maior dificuldade no enfrentamento de seu adoecimento físico.<sup>26</sup>

Pacientes com sintomas depressivos ou ansiosos costumam ter baixo controle no consumo de alimentos, pouca adesão a exercícios e, conseqüentemente, maior dificuldade na manutenção de um peso saudável. Em contrapartida, estudos apontam que a emoção evocada diante de alimentos palatáveis é diferente entre os indivíduos obesos e não obesos, sendo as emoções negativas, tais como culpa e frustração, as mais prevalentes entre os obesos, possivelmente sugerindo uma relação menos saudável com o alimento e um esforço para manutenção do controle. Os pacientes obesos com transtorno mental



necessitariam de um controle ainda mais intenso, contribuindo, possivelmente, para um maior sofrimento.<sup>27,28</sup>

## CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados, pode-se considerar que uma parcela dos pacientes submetidos à cirurgia, que possuem comorbidades de transtorno mental, mesmo alcançando melhoras quanto a seu quadro de saúde física geral, podem permanecer em sofrimento. Parte do sofrimento do paciente obeso se deve ao seu comprometimento emocional. Portanto, faz-se necessária a atuação dos profissionais de saúde mental não somente na fase de avaliação e identificação de patologias, mas no seguimento desses pacientes. Acompanhar o pós-cirúrgico tem como o objetivo de auxiliar o paciente a lidar com as dificuldades que vão muito além da sua forma corporal, por exemplo implementando programas de prevenção de recaída, treinamento e identificação de emoções negativas e situações de risco para ingestão inadequada, entre outras intervenções.

## REFERÊNCIAS

1 Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int. J. Obesity* 32, 1431–1437, 2008.

2 Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009): antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_e\\_ncaa/pof\\_20082009\\_encaa.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_e_ncaa/pof_20082009_encaa.pdf).

3 , Fleck MPA. The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Ciênc. saúde coletiva*..5 (1): 33-38, 2000

4 Rosenberg, M. *Conceiving the self*. New York: Basic Books, 1979.

5 Blascovich J, Tomaka J. Measures of self-esteem. Measures of personality and social psychological attitudes. In: Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS, eds. Measures of social psychological attitudes series. v.1. California: Elsevier Academic Press; 1991.

6 Dixon JB. The effect of obesity on health outcomes: review. *Molecular and Cellular Endocrinology*. 316: 104–108, 2010.

7 Baptista MN, Vargas JF, Baptista ASD. Depression and quality of life in a morbid obese brazilian sample. *Avaliação Psicológica*. 7 (2): 235-247, 2008.

8 Jagielski AC, Brown A, Hosseini-Araghi M, Thomas GN, Taheri S. The Association between Adiposity, Mental Well-Being, and Quality of Life in Extreme Obesity. *V. 9 (3)*. e92859, 2014.

9 Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília; Disponível em: 31 [http://nutricao.saude.gov.br/documentos/orientacoes\\_basicas\\_sisvan.pdf](http://nutricao.saude.gov.br/documentos/orientacoes_basicas_sisvan.pdf). Acesso em Abril 2012.

10 VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão- DBH VI Diagnóstico e classificação. *Ver Bras Hipertens*. V.17 (11): 11-17, 2010.

11 Friedewald WT.; Levi RI.; Fredrickson DS.; Estimation of the concentration of low density lipoproteins cholesterol in plasma without use of the ultracentrifuge. *Clin. Chem*. 18:499-502, 1972.

12 Diretrizes de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiologia*. V 77 (III), 2001.

13 Sociedade Brasileira de Diabetes. Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2- Algoritmo SBD 2014. Posicionamento oficial SBD nº 01/2014.

14 Steinberg M: Interviewers Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Washington, DC. American Psychiatric Press. 1994.

15Tavares, M. Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV: transtornos do eixo I – edição para pacientes (SCID-I/P 2.0). Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2001.

16Camelier A. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP. [thesis]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2004.

17Dini; Ferreira, LydiaMassako ; Quaresma, M R . Translation into Portuguese, cultural adaptation and validation of the ROSENBERG Self-esteem scale.Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. 19 (1): 41-52, 2004.

18Freitas S, Lopes CS, Coutinho W,Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. RevBras Psiquiatr. 23(4):215-20, 2001.

19Morgan CM, Borges MBF, Jorge MR. Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso - Revisado: um instrumento para avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica. Rev ABP-APAL. 20(4):130-9, 1998.

20Borges MBF, Morgan CM, Claudino AM, Silveira DX. Validation of the portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns: revised (QEWPR) for the screening of BE disorder. RevBras Psiquiatr.7(4):319-22, 2005.

21ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2012. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010. IBOPE, 2012. Disponível em:www.abep.org.

22Teixeira PJR, Rocha FL.Epidemiologicstudiesaboutassociationof mental disordersandmetabolicsyndrome. Rev. Psiq. Clín. 34 (1): 28-38, 2007.

23 Simões D, Meneses RF. Self-Concept of Obese and Non-Obese Children.Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (2): 246-251, 2007.

24Lerner RM, Schroeder C. Physique identification, preference, and aversion in kindergarten children.Developmental Psychology.5(3), 1971.

25Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, Ko CY, Gibbons MM. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obes Surg.* 22(1):70-89, 2012.

26Kinzl JF, Schrattenecker M, Traweger C, Mattesich M, Fiala M, Biebl W. Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg.* 16(12):1609-14, 2006.

27Jennifer C. Collins, M.A., Jon E. Bentz, Ph.D. Behavioral and Psychological Factors in Obesity. *Journal of Lancaster General Hospital.* 4 (4):124-127, 2009.

28LaetitiaBarthomeufa, Sylvie Droit-Volet, Sylvie Roussetb. Obesity and emotions: Differentiation in emotions felt towards food between obese, overweight and normal-weight adolescents. *FoodQualityandPreference.* 20 (1): 62–68, 2009.

## **CAPÍTULO III**

### **DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES EM PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA**

## **Diagnóstico dos transtornos alimentares em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica**

### RESUMO

Este capítulo é parte integrante de um livro que será publicado pela editora Artmed. Propõe-se a apresentar os critérios diagnósticos para transtornos alimentares em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica e discutir sua aplicabilidade na prática clínica, considerando sua influência no tratamento dos pacientes.

### ABSTRACT

This is a book chapter in print where the diagnostic criteria for Eating Disorders in patients waiting for bariatric surgery are presented, and their applicability in clinical practice is discussed, bearing in mind their influence on patient treatment.

### INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica foi consolidada como prática no Brasil a partir da década de 90, havendo um maior número de pacientes submetidos ao procedimento nos últimos anos. Porém, ainda há algumas lacunas no conhecimento dessa prática e de seus benefícios para a qualidade de vida geral desses pacientes, em especial quanto às repercussões psicológicas.

Assim como outras doenças crônicas, no caso da obesidade, haverá pacientes respondedores e não respondedores ao tratamento, sendo tarefa dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo identificar fatores que estejam associados a ausência de resposta terapêutica.<sup>1</sup>

O paciente obeso que busca tratamento de saúde possui altas taxas de comorbidades. Dentre estas, destacam-se as comorbidades psiquiátricas: transtornos de humor (26,5 %), transtornos de ansiedade (15,2 %) e transtornos alimentares (13,2 %). Transtornos mentais no pré cirúrgico estão associados a um pior desfecho no pós cirúrgico, havendo maiores complicações psicológicas e menor aderência ao tratamento. Transtornos alimentares são bastante prevalentes nessa população específica. Enquanto na população geral há uma prevalência de 2% de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e de Bulimia Nervosa, nos candidatos à cirurgia bariátrica essas taxas chegam a atingir 30%.<sup>2</sup>

Em torno dos dois anos após a cirurgia, a perda de peso tende a se estabilizar, e uma parte chega a ter algum reganho de peso. A presença de transtorno alimentar seria um dos possíveis fatores associados à má adaptação alimentar e eventual reganho de peso, embora nem todos os estudos encontrem essa associação<sup>3</sup>. As controvérsias quanto aos resultados e desfechos no paciente que tem diagnóstico de transtorno alimentar no pré-cirúrgico se devem às diferentes formas de acesso ao diagnóstico, diferentes instrumentos. Alguns dos instrumentos

utilizados fazem diagnósticos falso-positivos no pré operatório e, portanto, apontam para desfechos aparentemente mais favoráveis em pacientes com aparente transtorno alimentar <sup>4</sup> .

As melhores evidências sugerem que a cirurgia não causa o desenvolvimento do transtorno alimentar, mas também não o elimina. Assim, o paciente que possui diagnóstico de TCAP no pré cirúrgico tende a mantê-lo no pós<sup>5</sup> . Havendo evidência sustentando a ideia de que pacientes com transtornos alimentares podem ter desfechos menos favoráveis no pós-operatório, identificar estes indivíduos com precisão na fase de avaliação torna-se crítico.

## OBJETIVO

Nesse capítulo, discutiremos a identificação da presença de transtorno alimentar nos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica com vistas a uma avaliação diagnóstica correta e instituição de tratamento com vistas a minimizar os riscos dos pacientes.

Dentre os transtornos alimentares encontrados entre os pacientes obesos candidatos à cirurgia, os mais encontrados são o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Bulimia Nervosa.

Recentemente, houve uma pequena mudança nos critérios diagnósticos do DiagnosticandStatistical Manual of Mental Disorders (DSM V). O TCAP, que antes constava no apêndice B, passou a ser um diagnóstico formal. Além disso, o critério de tempo de duração da compulsão foi alterado, tanto para a Bulimia quanto para o TCAP, de 6 para 3 meses e o critério de frequência dos episódios, de duas vezes por semana para apenas uma vez por semana. <sup>6</sup>

O DSM V assim descreve os critérios diagnósticos:

### Transtorno da compulsão alimentar Periódica (TCAP)

a. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os seguintes critérios:

1. ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares;
2. um sentimento de falta de controle sobre o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se come).

b. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes critérios:

1. comer muito e mais rapidamente do que o normal;
2. comer até sentir-se incomodamente repleto;

3. comer grandes quantidades de alimentos, quando não está fisicamente faminto;
4. comer sozinho por embaraço devido à quantidade de alimentos que consome;
5. sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.

c. Acentuada angústia relativa à compulsão alimentar.

d. A compulsão alimentar ocorre, pelo menos, uma vez por semana, durante três meses.

e. A compulsão alimentar não está associada ao uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por exemplo, purgação, jejuns e exercícios excessivos), nem ocorre durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

### Bulimia Nervosa

a. Episódios recorrentes de comer compulsivo, definidos por:

- 1) Ingerir, em curto intervalo de tempo (menos de 2 horas), uma quantidade de alimento superior do que a maioria das pessoas conseguiria comer durante um período de tempo igual e sob circunstâncias similares.
- 2) Sentimento de perda de controle sobre a alimentação, (um sentido de não poder parar de comer ou não controlar o quê e quanto se consome).

b. Episódios compensatórios inadequados e recorrentes para evitar o ganho de peso, como vômito auto-induzido, abuso de laxantes e diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejum e exercícios físicos excessivos.

c. Tanto os episódios do comer compulsivo como os comportamentos purgativos, devem ocorrer, com a frequência mínima de uma vez por semana, por no mínimo três meses

d. Prejuízo em sua auto avaliação em consequência da forma e pesos corporais.

e. O transtorno não acontece exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa

Mesmo tendo clareza dos critérios diagnósticos, nem sempre é fácil a tarefa de identificar a presença ou ausência do transtorno. Algumas características já identificadas em pesquisas com pacientes candidatos à cirurgia podem auxiliar nesse processo<sup>7</sup>. A presença de alguma destas características deve alertar o clínico para um possível diagnóstico de transtorno alimentar, reforçando a necessidade de avaliação por especialista:

1. O TCAP costuma estar associado ao hábito de comer sem fome ou comer mesmo quando já se sente satisfeito, assim como comer várias vezes ao dia e buscar refeições em restaurantes, em especial “fastfood”.



2. É característico desses pacientes a maior busca por profissionais da área da saúde mental, evidenciando maior sofrimento e presença de problemas emocionais. Seus sintomas depressivos são identificados como mais graves e a autoestima é predominantemente baixa.

3. O transtorno alimentar pode estar acompanhado de alguma outra comorbidade psiquiátrica, mais comumente transtorno de humor e/ou transtorno de ansiedade. Essa associação configura um quadro de maior gravidade, aumentando a dificuldade do manejo.

A prevalência de transtorno de humor no momento da avaliação é de 27,3 % em pacientes com TCAP e de apenas 4,9 % em pacientes sem TCAP. Ao longo de toda a vida do paciente, a taxa sobe para 52,3 % (com TCAP) versus 23% (sem TCAP). Quanto ao transtorno de ansiedade, está presente em 27,3% dos pacientes com TCAP e 8,2 % daqueles sem TCAP (ao longo da vida, 36,4 % versus 16,4 %).<sup>8</sup>

Transtornos de humor são manejáveis através de ferramentas terapêuticas e medicamentosas. Os transtornos de ansiedade estão associados aos piores desfechos, prejudicando inclusive a melhora do padrão alimentar e, por consequência, a perda de peso esperada. Devem ser cuidadosamente avaliados em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica, especialmente nos portadores de transtorno alimentar.

O psicólogo e o psiquiatra se valerão da entrevista clínica e também de instrumentos que facilitam o processo diagnóstico. Dentre eles, apresentamos em anexo o ECAP (Escala de Compulsão Alimentar Periódica) e o Questionário de Padrões Alimentares e Peso.

O ECAP é largamente utilizado na prática clínica e também em pesquisa. É um instrumento validado para a realidade brasileira. Porém, não tem por objetivo o diagnóstico e, sim, a mensuração do grau de intensidade do transtorno.<sup>9</sup>

O Questionário de Padrões Alimentares e Peso seria o instrumento de referência para apoio diagnóstico.<sup>10, 11</sup>

A aplicação destes instrumentos deve ser feita por profissional adequadamente treinado no seu uso. A avaliação por psiquiatra e/ou psicólogo qualificado é indispensável no processo de encaminhamento dos pacientes para tratamento cirúrgico. A presença de transtorno mental no pré-operatório não necessariamente contraindicará o tratamento cirúrgico, mas o problema deverá ser abordado com bastante antecedência, para que o desfecho seja mais favorável. No caso dos transtornos alimentares, as estratégias terapêuticas já devem ser aplicadas junto ao processo de avaliação. Recomenda-se a psicoeducação do funcionamento do paciente e a identificação de possíveis complicações e dificuldades em função de seu diagnóstico.

O paciente deverá ser ajudado no processo de mudança comportamental já antes da cirurgia. Com este fim, técnicas motivacionais se mostram úteis. Para poder aplicá-las, é vital conhecer aprofundadamente a história do paciente, seus pensamentos e as emoções ligadas ao comportamento disfuncional próprio do transtorno alimentar.

**CONCLUSÃO**

Confirmar um diagnóstico é fundamental para embasar adequadamente a tomada de decisão terapêutica. Quando se trata de um diagnóstico clínico, como é o caso dos transtornos mentais, recomenda-se que esse processo seja ainda mais cuidadoso.

Diagnosticar e tratar obesidade envolve, como a própria gênese da doença, o olhar de uma equipe multidisciplinar, que possa fazer uso de diversos saberes e técnicas apropriadas.

## REFERÊNCIAS

- 1 Shimizu H, Annaberdyev S, Motamarry I, Kroh M, Schauer PR, Brethauer SA. Revisional bariatric surgery for unsuccessful weight loss and complications. *Obesity Surgery* .2013; 23: 1766 -73.
- 2 Hayden MJ, Dixon JB, Dixon ME, Shea TL, O'Brien PE. Characterization of the Improvement in Depressive Symptoms Following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*.2011; 21: 328-335.
- 3 Zwaan M, Hilbert A, Swan-Kremeier L, Simonich H, Lancaster K, Howell L M. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18–35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2010; 6: 79-85.
- 4 Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, Ko CY, Gibbons MM. Preoperative Predictors of Weight Loss Following Bariatric Surgery: Systematic Review. *Obesity Surgery*.2012; 22:70–89.
- 5 Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A. Binge Eating in the Bariatric Surgery Population: A Review of the Literature. *Int J Eat Disord*. 2007; 40: 349–359.
- 6 First MB, Ward MN, editors. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition*. American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., 2013.
- 7 Mitchell JE, King WC, Courcoulas A, Dakin G, Elder K, Engel S, Flum D, Kalarchian M, Khandelwal S, Pender J, Pories W, Wolfe B. Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *Int J Eat Disord*. 2014; 9.
- 8 Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, Cottrell FA, Pulcini ME, Webb VL, Williams NN. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obesitysurgery*. 2012; 22: 389 -97.
- 9 Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *RevBrasPsiquiatr*2001;23(4):215-20.
- 10 Morgan CM, Borges MBF, Jorge MR. Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso - Revisado: um instrumento para avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev ABP-APAL*. 1998; 20(4):130-9.
- 11 Borges MBF, Morgan CM, Claudino AM, Silveira DX. Validation of the portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns: revised (QEWPR) for the screening of BE disorder. *RevBras Psiquiatr*. 2005;27(4):319-22.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacidade de intervenção efetiva não é, nesse momento, proporcional ao crescimento de pacientes acometidos pelo adoecimento da obesidade.

Apesar do número de produções científicas, parece que engatinhamos na busca de tratamentos que de fato solucionem o sofrimento de nossos pacientes obesos.

O que sabemos até o momento é que a obesidade é uma doença complexa, e sua solução não está numa prática linear medicamentosa, nem tampouco restringe-se a uma única área do conhecimento da saúde.

O paciente obeso, que busca atendimento de saúde, refere, em grande parte, juntamente com seu comprometimento físico, também um sofrimento emocional. E independente desse sofrimento ser causa ou consequência da obesidade, deve ser considerado tanto na escuta dos profissionais quanto na prática multiprofissional.

Ao profissional de saúde que trabalha com o paciente obeso cabe uma busca incessante de conhecimento, e não menos importante uma reflexão do seu olhar e preconceitos sobre a doença, bem como uma busca de tolerância na construção dessa ajuda, tendo em vista que é uma doença de difícil reversão.

## **ANEXOS**

A) **ECAPESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA**  
 (Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. RevBrasPsiquiatr 2001;23(4):215-20.)

Lista de verificação dos hábitos alimentares:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

**1.**

a) Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.	1
b) Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).	2
c) Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).	3
d) Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.	4

**2.**

a) Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.	1
b) Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.	2
c) Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.	3
d) Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastiga-la. Quando isto acontece me sinto desconfortavelmente empanturrando(a) por ter comido demais.	4

**3.**

a) Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.	1
b) Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.	2
c) Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.	3
d) Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.	4

**4.**

a) Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).	1
b) Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.	2
c) Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.	3
d) Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.	4

**5.**

a) Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.	1
b) De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.	2
c) Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.	3
d) Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu cuspo, assim não ganharei peso.	4

**6.**

a) Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.	1
b) De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.	2
c) Quase o tempo todo sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.	3

**7.**

a) Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.	1
b) Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.	2
c) Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “Agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.	3
d) Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.	4

**8.**

a) Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.	1
b) Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).	2
c) Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.	3
d) Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).	4

**9.**

a) Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos,, nem desce a níveis muito baixos.	1
b) Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.	2
c) Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite, Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.	3
d) Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.	4

**10.**

a) Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.	1
b) De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.	2
c) Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não posso controlar.	3
d) Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.	4

**11.**

a) Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).	1
b) Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.	2
c) Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.	3
d) Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.	4

**12.**

a) Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).	1
b) Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.	2
c) Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.	3
d) Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.	4

**13.**

a) Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.	1
b) Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.	2
c) Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.	3
d) Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.	4

**14.**

a) Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.	1
b) Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.	2
c) Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.	3
d) Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.	4

**15.**

a) Eu não penso muito sobre comida.	1
b) Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.	2



c) Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.	3
d) Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.	4

**16.**

a) Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.	1
b) De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.	2
c) Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.	3

## **B) QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO – REVISADO**

(QEWP-R)©

Robert L. Spitzer, Susan Z. Yanovski, Marsha D. Marcus

Tradutoras: Christina Morgan e M. Beatriz F. Borges

**(Borges MBF, Morgan CM, Claudino AM, Silveira DX. Validation of the Portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns: revised (QEWP-R) for the screening of BE disorder.**

**Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(4):319-22.)**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Agradecemos por você completar este questionário. Por favor, faça um círculo no número ou na questão apropriada ou escreva por extenso a informação quando solicitado (a). Você pode deixar em branco perguntas que não entenda ou não deseje responder.

<p><b>01.</b> Idade: _____ anos</p> <p><b>02.</b> Sexo: 1. Masculino 2. Feminino</p> <p><b>03.</b> Qual é sua raça?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Negra</li><li>2. Branca</li><li>3. Amarela</li><li>4. Outras (Qual?)</li></ol> <p><b>04.</b> Qual é seu nível de escolaridade?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Primeiro grau incompleto</li><li>2. Primeiro grau completo</li><li>3. Segundo grau incompleto</li><li>4. Segundo grau completo</li><li>5. Cursos superiores incompleto</li><li>6. Cursos superiores completo</li></ol> <p><b>05.</b> Qual é sua altura?</p> <p>_____ m _____ cm</p> <p><b>06.</b> Quanto você pesa atualmente?</p> <p>_____ kg</p> <p><b>07.</b> Qual foi o seu peso mais alto? (excluindo períodos de gestação)</p> <p>_____ kg</p> <p><b>08.</b> Você já esteve pelo menos 4,5 kg acima do seu peso quando criança, ou pelo menos 7,0 kg acima do seu peso quando adulto? (excluindo períodos de gestação)</p> <p>1. Sim                      2. Não ou não sei</p> <p>_____ Kg</p> <p><b>SEU ARESPOSTA FOISIM:</b> Que idade você tinha na primeira vez que esteve acima do peso (pelo menos 4,5 kg quando criança ou 7,0 kg quando adulto)? Se não tiver certeza, tente ser o mais preciso possível. _____ anos</p>	<p><b>09.</b></p> <p>Quantas vezes (aproximadamente) você perdeu 9 kg ou mais (não por motivo de doença) e recuperou-os depois?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nunca</li><li>2. Uma ou duas vezes</li><li>3. Três ou quatro vezes</li><li>4. Cinco vezes ou mais</li></ol> <p><b>10.</b></p> <p>Nos últimos seis meses, você muitas vezes comeu, num curto espaço de tempo (duas horas ou menos), quantidades de comida que a maioria das pessoas consideraria grandes demais?</p> <p>1. Sim                      2. Não</p> <p><b>SERESPONDEU NÃO:</b> Pule para a questão 15</p> <p><b>11.</b></p> <p>Nas ocasiões em que você comeu deste modo, geralmente sentiu um não conseguiu parar de comer ou controlar o que ou quanto comeu?</p> <p>1. Sim                      2. Não</p> <p><b>SERESPONDEU NÃO:</b> Pule para a questão 15</p> <p><b>12.</b></p> <p>Nos últimos seis meses, com que frequência, em média, você comeu deste modo, isto é, grandes quantidades de comida <b>mais</b> (junto com) a sensação de comer descontroladamente (Podeter haver sido em uma semana que não)</p>
--	--

	<p>aconteceu. Procure estabelecer a média)?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos que um dia por semana</li> <li>2. Um dia por semana</li> <li>3. Dois ou três dias por semana</li> <li>4. Quatro dias por semana</li> <li>5. Quase todos os dias.</li> </ol>
--	---

<p><b>13.</b> Nessas ocasiões você <b>habitualmente</b> tinha as seguintes experiências?</p> <p>a Comer muito mais rápido do que usual?    Sim    Não</p> <p>b Comer até se sentir mal de tão cheio?                      Sim    Não</p> <p>c Comer grandes quantidades de comida quando não fisicamente com fome?    Sim    Não</p> <p>d Comer sozinho por que se sentia envergonhado pela quantidade que comia?    Sim    Não</p> <p>e Sentir-se aborrecido com você mesmo, muito culpado ou deprimido, após o episódio de excesso alimentar?                      Sim    Não</p> <p><b>14.</b> Pense numa ocasião (situação) típica em que você comeu deste modo, isto é, grandes quantidades de comida <b>mais</b> sensação de comer descontroladamente.</p> <p style="padding-left: 40px;"><b>a.</b> A que horas do dia o episódio começou?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na parte da manhã (8h às 12h)</li> <li>2. No começo da tarde (12h às 16h)</li> <li>3. No fim da tarde (16h às 19h)</li> <li>4. No começo da noite (19h às 22h)</li> <li>5. Tarde da noite (após às 22h)</li> </ol> <p><b>b.</b> Aproximadamente quanto tempo durou o episódio alimentar, desde a hora em que você começou a comer até a hora em que parou e não comeu de novo durante duas horas no mínimo? _____ horas _____ minutos</p> <p><b>c.</b> Por favor, procure lembrar-se da melhor maneira possível e faça uma lista de tudo que você pode ter comido ou bebido durante aquele episódio. Se ficou comendo por mais de duas horas, descreva os alimentos e bebidas ingeridos durante as duas horas em que mais comeu. Seja específico - inclua a marca dos alimentos quando possível e quantidades estimadas o mais precisamente possível (por exemplo: 1 barra mediada de chocolate Nestlé (50g); 15 bolachas rec headas de chocolate, marca São Luis Extra; 2 copos (de refrigerante) de Coca-Cola; 3 pãesinhos franceses com manteiga; 5 pães de</p>	<p><b>d.</b> Quando esse episódio começou, quanto tempo fazia desde o fim da sua última refeição ou lanche?</p> <p style="padding-left: 40px;">_____ horas _____ minutos</p> <p><b>15.</b> Demodogeral, nos últimos <b>seis</b> meses, quanto você se aborreceu por causa dos seus excessos alimentares (comer mais do que considera o melhor para você.) ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nem um pouco</li> <li>2. Levemente</li> <li>3. Moderadamente</li> <li>4. Muito</li> <li>5. Extremamente</li> </ol> <p><b>16.</b> Demodogeral, nos últimos <b>seis</b> meses, quanto você se aborreceu por causa da sensação de que você não conseguiu parar de comer ou controlar o quê/quanto comia?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nem um pouco</li> <li>2. Levemente</li> <li>3. Moderadamente</li> <li>4. Muito</li> <li>5. Extremamente</li> </ol> <p><b>17.</b> Nos últimos <b>seis</b> meses, quanto o seu peso e a forma do seu corpo influenciaram o modo como você se sente e se avalia com o peso? (Em comparação a outros aspectos da sua vida. Por exemplo, como você se sente no trabalho,</p>
---	---

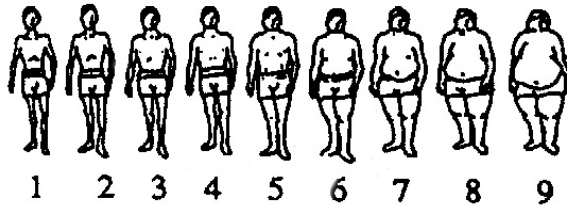
<p>queijo; 1 lata de leite condensado Nestlé).</p>	<p>com mãe, no relacionamento com outras pessoas.)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O peso e a forma não tiveram muita influência.</li> <li>2. O peso e a forma tiveram alguma influência no modo como você se sente e é avaliado como pessoa.</li> <li>3. O peso e a forma foram alguns dos principais fatores que influenciaram o modo como você se sente em relação a você mesmo.</li> <li>4. O peso e a forma foram fatores que mais influenciaram o modo como você se sente em relação a você mesmo.</li> </ol> <p><b>18.</b> Nos últimos três meses, você alguma vez provocou vômito para evitar ganhar peso depois de comer grandes quantidades de comida de modo descontrolado?</p> <p>1. Sim      2. Não</p>
--	--

<p><b>SERESPONDEUSIM:</b> Com que frequência, em média, isto ocorreu?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos que uma vez por semana</li> <li>2. Uma vez por semana</li> <li>3. Duas ou três vezes por semana</li> <li>4. Quatro ou cinco vezes por semana</li> <li>5. Mais que cinco vezes por semana</li> </ol> <p><b>19.</b> Nos últimos três meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de laxantes para evitar ganhar peso depois de comer grandes quantidades de comida de modo descontrolado?</p> <p>1. Sim      2. Não</p> <p><b>SERESPONDEUSIM:</b> Com que frequência, em média, isto ocorreu?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos que uma vez por semana</li> <li>2. Uma vez por semana</li> </ol>	<p><b>SERESPONDEUSIM:</b> Com que frequência, em média, isto ocorreu?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos que um dia por semana</li> <li>2. Um dia por semana</li> <li>3. Dois ou três dias por semana</li> <li>4. Quatro ou cinco dias por semana</li> <li>5. Quase todos os dias.</li> </ol> <p><b>22.</b> Nos últimos três meses, você alguma vez se exercitou por mais de uma hora especificamente para evitar ganhar peso depois de comer grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?</p> <p>1. Sim      2. Não</p> <p><b>SERESPONDEUSIM:</b> Com que frequência, em média, isto ocorreu?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos que uma vez por semana</li> <li>2. Uma vez por semana</li> </ol>
--	---

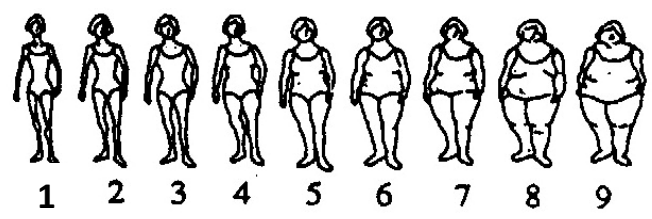
<p>3. Duas ou três vezes por semana 4. Quatro ou cinco vezes por semana 5. Mais que cinco vezes por semana</p> <p><b>20.</b> Nos últimos <b>três</b> meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de diuréticos para evitar o ganho de peso depois de comer grandes quantidades de comida de modo descontrolado?</p> <p>1. Sim      2. Não</p> <p><b>SERESPONDEUSIM:</b> Com que frequência, em média, isto ocorreu?</p> <p>1. Menos que uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. Duas ou três vezes por semana 4. Quatro ou cinco vezes por semana 5. Mais que cinco vezes por semana</p> <p><b>21.</b> Nos últimos <b>três</b> meses, você alguma vez jejuou (não comeu nada durante pelo menos 24 horas) para evitar o ganho de peso depois de comer grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?</p> <p>1. Sim      2. Não</p> <p><b>26.</b> <b>PULE ESTA QUESTÃO SE VOCÊ NUNCA CHEGOU A PERDER PELO MENOS 4,5 kg ATRAVÉS DE DIETA:</b> Que idade você tinha na primeira vez que perdeu um mínimo de 4,5 kg através da dieta ou delimitar o quanto você comia? Se você não tiver certeza, procure estimar o mais precisamente possível.  _____ anos</p>	<p>3. Duas ou três vezes por semana 4. Quatro ou cinco vezes por semana 5. Mais que cinco vezes por semana</p> <p><b>23.</b> Nos últimos <b>três</b> meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de pílulas de emagrecimento para evitar o ganho de peso depois de comer grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?</p> <p>1. Sim      2. Não</p> <p><b>24.</b> Nos últimos seis meses, você participou de reuniões de algum programa de controle de peso (por ex. Vigilantes do Peso), ou de algum grupo de autoajuda (por exemplo, os Comedores Compulsivos Anônimos)?  <b>SE SIM, qual programa?</b> _____</p> <p><b>25.</b> Desde que você é adulto (18 anos de idade) quanto tempo passou fazendo o uso de dieta, ou de algum modo limitando a quantidade que comeia como intuito de perder ou de manter o peso depois de emagrecido?</p> <p>1. Nenhum ou quase nenhum tempo 2. Aproximadamente um quarto do tempo 3. Aproximadamente metade do tempo 4. Aproximadamente três quartos do tempo 5. Quase todo o tempo</p> <p><b>27. PULE ESTA QUESTÃO SE VOCÊ NUNCA TEVE EPISÓDIOS DE EXCESSO ALIMENTAR ASSOCIADO A UMA SENSAÇÃO DE PERDA DE CONTROLE:</b>  Quantos anos você tinha quando apresentou pela primeira vez momentos em que comia grandes quantidades de comida com a sensação de não conseguir controlar o que/quanto comia? Se não tiver certeza, procure estimar o mais precisamente possível. _____ anos</p>
--	---

**28.** Por favor, observe estas silhuetas. Circule aquela que mais se assemelha ao feitiço de corpo de sua mãe biológica **nos eufesomaisalto**. Se você não conhecer a sua mãe biológica, não circule aquela que não conhece.

**Seu Pai**



**Sua Mãe**



**REGRAS PARA O ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE “BINGEEATING DISORDER” (BED)  
UTILIZANDO O QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO – REVISADO  
(PARA USO EXCLUSIVO DO EXAMINADOR  
ES)**

**Diagnóstico de BED**

Questão <sup>o</sup>	Respostas
10 e 11	1 (Episódios de excesso alimentar associado à sensação de perda de controle – binge eating)
12	3, 4 ou 5 (Pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses)
13 a e e	3 ou mais itens assinalados “SIM” (Pelo menos 3 sintomas associados)
15 ou 16	4 ou 5 (Angústia evidente relativa ao comportamento de compulsão alimentar)

O diagnóstico de BED requer todos os itens assinalados acima e também a ausência de bulimia nervosa não purgativa, definida abaixo.

**Diagnóstico de bulimia nervosa não purgativa**

10, 11, 12, 17	Mesmo que para bulimia nervosa purgativa
18, 19, e 20	<b>Nenhuma</b> resposta 3, 4 ou 5 (ausência de purgação compensatória frequente)
21, 22 ou 23	<b>Qualquer</b> resposta 3, 4 ou 5 (comportamento compensatório não purgativo pelo menos duas vezes por semana nos últimos três meses)

**Diagnóstico de bulimia nervosa purgativa**

10 e 11	1 (O mesmo que para BED)
12	3, 4 ou 5 (Pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses. <i>Nota:</i> esta é uma aproximação do critério do DSM-IV de pelo menos dois episódios por semana nos últimos três meses)
17	3 ou 4 (Exagerada importância à forma e peso corporal)
18, 19 ou 20	Qualquer resposta 3, 4 ou 5 (Purgação pelo menos duas vezes por semana nos últimos três meses).